In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









TBK uro-génitale

♂ Jeune (20-35 ans)

- atteinte par voie hématogène (disséminat° d'un foyer pulm : PI) ou ancien foyer osseux ou pleurésie
- la plus fréqte des localisat° extra pulm du BK
- surtt unilat.
- latence clinique+++ ⇒ retard Dc.
- c'est une mdie d'appareil.

⚠ Diffusion du BK par
- voie canalaire : VEX, vessie, urètre (post+++)
- voie lymphatique : prostate, vésicules séminales, canal déférent, épididyme, testicule.

⚠ le BK qui descend le cours des urines, peut remonter le cours du sperme.
⇒ atteinte app génital ♂ : par voie canalaire + lymphatique+++

- Agent pathogène :
  - BK = BAAR, aérobie stricte
  - MEE
    - ex. direct : colorat° de Ziehl Neelsen
    - culture ds m̄ de Loenstein-Jonson.
  - tps de ½ du BK est très long ⇒ latence mdie.

Anapath :

- Lésion élémentaire : granulome épithélio-giganto-¢ + nécrose caséeuse = caverne
  d'âges ≠

↳ Av n° Rein : de la corticale vers la médulla
p/3 granulomes → nodule → caverne s'ouvre ds VEX.

- processus de destruct° = nécrose caséeuse
- " de réparat° = défense = sclérose cicatricielle

} ⇒ Pyonéphrose, petit rein TBK, rein mastic.

↳ VEX :
- lésions jeunes : granulat°, œdème ⇒ Réversibles
- à un stade avancé : sténose, rétract°, petite vessie scléreuse
  ↳ risque de Reflux vésico-urinaire

↳ app. génital ♂ :
- tt structures peuvent être atteintes.
- parfois fistulisat° à la peau scrotale.
- bilat+++ ⇒ infertilité.

⇒ lésions TBK sont
- creusantes ds parenchyme,
- sténosantes ds syst canalaire.

Clinique :

mdie très latente, aucun signe n'est pathognomonique.

- cystite : Pollakiurie (nocturne+++), brûlures mictionnelles, pyurie
  ⇒ tt cystite rebelle au TRT doit conduire à recherche BK.
- Hématurie totale indolore, dysurie, DL lombaires, CN, pyélonéphrite récidivante, rarement : gros rein, AEG
- manifestat° génitales : noyau épididymaire froid+++ progressif, ∅DL, fistule scrotale, hémospermie, ...

Dc ⊕ : ⚠ TBK extra rénale est pauci bacillaire

- interrogatoire : not° de contage +++
- Examen clinique complet.
- Ex. compl° : → biologie : ECBU (ex direct + culture) si ⊕ ⇒ confirme Dc.
  → Rx : UIV +++ , ASP , Echo , UPR (rein muet) , UCR , cystoscopie
  ↓
  Images caractéristiques : caverne , érosion , ulcérat° , sténose

TRT :
A| Médical : buts : - stérilisat° des urines.
- disparit° des lésions jeunes (infl°)
- stabilisat° des lésions excessives.

TRT medical est moin efficace sur lésions caverneuses + scléreuses

⇒ Chimiothérapie anti TBK → shéma 6 mois : 2RHEZ / 4RH.
↘ schéma 9 mois : 2RHE/7RH.

B| Chir : buts :
- suppression des foyers inaccessibles ou résistant au TRT médical.
- Rétablisst de perméabilité VEx.
- restaurat° de capacité vésicale
- réparat° des voies génitales.

→ exérèse : néphrectomie T/P , RTUP , ...
→ réparat° et restaurat° : - dilatat° , endoprothèse
- résect° segmentaire de l'uretère.
- anastomose
- remplacemt intestinal de l'uretère
- dérivat°.
- agrandisst vésical

Tjrs avt chir : 2 mois de TRT médical.

2e site d'infect° après l'arbre respir

Les infect° uro-génitales ♀+++

Ⓐ cystite Â :

c'est une infect° des urines contenues ds vessie + infl° de muq vésicale sans atteinte parenchymateuse.

- contaminat° par voie rétrograde
- ne concerne que ♀ (urètre court)
  - ⚠ chez ♂ rôle protecteur de prostate + urètre long.

FDR de cplct° :
- anlie anatomique, f°lle ou pathologique de l'arbre urinaire (uropathie) : malf°, Reflux, vessie neurologique.
- ATCDs de chir ou de sondage.
- ♂, diabète, gsse, ménopause, sujet âgé
- Immuno-dép°, KR, in suff. hépatique, IRC

↓ ECBU + TRT prolongé (5-7J)

Cliniques
- Pollakiurie, brûlures mict°, DL hypogastre
- urines troubles malodorantes +/- hématurie
- ∅ F°, ∅ DL lombaire
  - ↳ F° unqt ds inf° parenchymateuses.
- parfois asympt

Biologie :
- BU ⊕ ⇒ nitrites + leucocyts ⊕ ⇒ suffisante pour Dc ds formes simple
- ECBU ⊕ : ⇒ si doute Dc cplct°/FDR cplct°
  - leucocyturie > 10^4 / ml ou > 10/mm³
  - Bactériurie > 10^5 UFC/m
  - + Antibiogramme

Cplct° : Pyélonéphrite Â

PEC :
- cystite simple ⇒ ATB PO monodose : Monuril 3g PO.
- si risque de cplct° ⇒ ATB selon antibiogramme : 5-7J (prolongée)

---

* 2 mécanismes :
- infect° par voie ascendante : migrat° de germes digestifs (E. coli++) du périné → vessie à travers urètre
- infect° par voie hématogène (rare) staph+++

* Facteurs favorisants : - Diurèse insuff
- Lithiase
- Résidu post-mict°
- sténose urétérale
- Reflux vésico-urétéral
- Bilharziose, TR vessie, corps étranger...
- infect° génitale
- Gsse
- Diabète

- infect° urinaire chez ♂ doit faire rechercher une uropathie s/jacente
- et chez Ⓔ rechercher ⇒ malformat° de l'app. excréteur

B) Pyélonéphrite Â :
- Infect° bactérienne parenchymateuse du haut app. uri
- contaminat° rétrograde compliquant une cystite Â.

Dc :
- signes de cystite
- syndrome infectieux : F° élevée, sueurs, frisson, malaise, fatigue.
- DL à la palpat° des fosses lombaires

Examens compl :

- Biologie : syndrome infl°
  Hémocultures
- ECBU ⊕*, BU → leucocytes + nitrites.
- imagerie : écho* : dilatat° des cavités pyélo-calicielles ⇒ Dc ≠ CN
  ASP
  TDM
  en urgence si cplct° ou FDR cplct° (idem cystite)
  ou différé si ∅ cplct°.

* nécessaire pour Dc

Cplct° :
- pyélonéphrite obstructive : urgence médico-chir ⇒ drainage immédiat des urines
  ↓
  obstacle associé sur la VEX + dilatat° des cavités pyélocalicielles.
  ⇒ ECBU peut être ⊖ si obstacle complètement obstructif
- Abcès rénal
- Pyonéphrose
- Pyélonéphrite gangréneuse + nécrose papillaire ⇒ diabétique.
- Choc septique

PEC :
- ATB probabiliste puis adaptée selon ECBU et l'antibiogramme
  Fluoroquinolones pdt : 10–15 J.
  ou C3G
- PNA compliquée ⇒ Urgence :
  - Hospitalisat° + mesures de Réa°.
  - dble ATB IV : C3G + aminoside
  - puis relais per os après 48 h d'apyrexie
  - durée : 21 J (si abcès 1 mois + ponct°/drainage)

en cas d'obstruct° ⇒ drainage en urgence = montée de sonde / néphrostomie percutanée

© Prostatite Â : infect° bactérienne du parenchyme prostatique

- contaminat° rétrograde favorisée par une sonde, chir urologique, biopsies prostatiques (iatrogène)

FDR de cplct° :
- uropathies : HBP +++, résidu post mict°, vessie neurologique.
- ATCDs urologiques de sondage ou de chir.
- immunodépression, K^R, ...

Clinique :
- SBAU
  - obstructifs : dysurie, RVA.
  - irritatifs : pollakiurie, brûlures mict°.
- DL périnéale.
- syndrome infectieux : F° +++, sueurs / frisson.
- TR : prostate ↗ de volume, douloureuse.
- BU ⊕

Ex compl :
- Bilan infl°, Hémoc
- ECBU.
- Imagerie (n'est pas systématique) :
  - Echo abdom
  - " prostatique trans-rectale.

Cplct° :
- RVA
- abcès prostatique
- autres infect° uro-génitales : urétrite, pyélonéphrite, ...
- Sepsis

PEC :

- si ∅ cplct° : ATB probabiliste PO - FQ - 3-6 sem
- si ∃ cplct° : Hospitalisat° + dble ATB IV : C3G + aminoside.
  puis relais peros après 48 h d'apyrexie
  durée 6 sem

en cas de RVA ⇒ drainage par K^T sus pubien en urgence.
(CI sondage vésical)